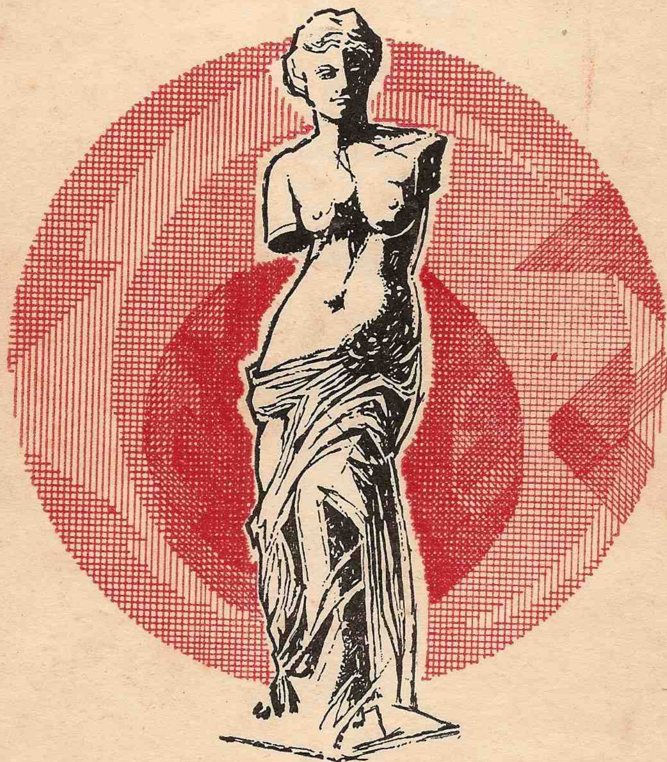
ȘTIINȚA PENTRU TOȚI

8

ELENA BARNEA

Prevenirea și combaterea cancerului uterin



ȘTIINȚA ȘI TEHNICA
PENTRU TOȚI
SERIA MEDICINĂ

Prevenirea și depistarea cancerului uterin

ELENA BARNEA
doctor în științe medicale



EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI, 1983

COLECȚIA „ȘTIINȚA ȘI TEHNICA" PENTRU TOȚI
apare sub egida
CONSILIULUI NAȚIONAL
PENTRU ȘTIINȚĂ și TEHNOLOGIE

PREFAȚĂ

Lucrarea de față este bine venită. Ea se înscrie în lucrările de informare și educare sanogenetică a populației cu o temă majoră : cancerul corpului și colului uterin, boli a căror frecvență este de prim ordin între cele care primejduiesc sănătatea și viața femeii.

Un dușman ce poate și trebuie învins, aceasta este modalitatea în care autoarea tratează în mod echilibrat în 8 capitole o informație științifică de interes major pentru orice femeie de vîrstă tînără sau înaintată. Am spune considerînd că spunem esențialul că o asemenea lucrare trebuie să fie parcursă, înțeleasă și luată ca element mobilizator în lupta pentru apărarea propriei sănătăți de toate femeile din țara noastră.

Lucrarea are un conținut științific elevat, dar noțiunile sînt clar explicate, asigurînd înțelegerea lor de către cititoarea căreia i se adresează. Limbajul științific, păstrarea terminologiei medicale, bogăția datelor nu trebuie să îndepărteze cititoarea, ci din contră să-i mențină interesul dîndu-i garanția unei informații serioase, la nivelul cunoștințelor celor mai noi și exacte. Bibliografia citată este bine aleasă, reușind ea însăși să sugereze cadrul larg al problemelor cu privire la cauzele, prevenirea și depistarea acestor cancere.

Bine formulate, apar ori de cîte ori sînt utile sfaturi folositoare, concrete, astfel încît valoarea practică a lucrării nu este mai prejos decît cea științifică, informativă.

O recomand cititoarelor din toate aceste motive, adăugînd încă unul pe care nu-l consider lipsit de importanță : a fost scrisă tot de o femeie. Astfel, căldura față de semene și delicatețea cu care se dezbat aspectele corela tive dintre sexualitate și cancerul de col uterin scutesc cititoarea de un sentiment de jenă.

În sfîrșit, considerăm lucrarea ca o apariție valoroasă între cărțile de acest gen atît prin tematica pe care o abordează, cît și prin felul în care reușește să o înfățișeze și sperăm în utilitatea ei pentru fiecare dintre dumneavoastră.

Dr. Ovidiu Popovici
Șef secție — Institutul
Oncologic București

CUPRINS

În general despre cauzele cancerelor

Motto:

„Contribuția cea mai importantă la reducerea bolilor nu au adus-o spitalele, tehnicile terapeutice, costisitoare și sofisticate, sau noile tehnologii, ci mai curînd măsurile de sănătate publică cu caracter preventiv"

Joseph Califano
Organizator în sănătate publică
din S.U.A.

Cancerele diferitelor organe sînt unele dintre bolile care seceră prematur viața unui număr imens de oameni. În prezent, în țările cele mai dezvoltate din lume, una din 6 persoane decedează de cancer, iar într-un viitor apropiat, fără măsuri de combatere, se prevede ca una din 4 persoane să moară de cancer. La noi în țară tot al 7-8-ulea deces este cauzat de cancer, anual numărul celor care plătesc tribut bolii cu viața lor ridicîndu-se la 25 000 — 30 000.

Această situație nu ne permite să ignorăm riscul pe care-l prezintă pentru fiecare dintre noi această necruțătoare boală, *nu în sensul de a ne simți condamnați, ci în sensul de a o învinge*. Evitarea cancerului prin măsuri profilactice adecvate este principala armă de luptă anticancer, nu numai motivat de faptul că posibilitățile de tratament întîrzie încă să fie încununate de succesul deplin, dar pentru că deziderатul *„mai bine a preveni decît a trata“* stă la baza apărării sănătății omului împotriva tuturor bolilor cunoscute. Firesc, pentru o boală nu în toate cazurile curabilă, cum este cancerul pînă la ora actuală, acest principiu este cu atît mai valabil.

La ce se referă în general măsurile adecvate de prevenire a cancerului?

Aceste măsuri vizează în cea mai mare parte combaterea factorilor care cauzează boala. Deși în totalitate acești factori nu sînt cunoscuți, nu încape nici o îndoială că o gamă largă de factori — *chimici, fizici, virali — din mediu* sînt cauze în producerea cancerului (de fapt este vorba de cancere, dar pentru simplificare se va folosi singularul). Argumentele care situează o mare parte a cauzelor cancerului în mediu sînt certe.

La om cancerele cu cele mai diverse localizări, ca tegumentul, plămînii, stomacul, ficatul, vezica urinară, sîngele etc. au crescut ca frecvență în paralel cu înmulțirea în mediu a agenților nocivi cancerigeni sau ca extindere a anumitor obiceiuri care favorizează introducerea în organism a unor astfel de agenți. În aceste categorii este vizată *poluarea chimică și radioactivă a apei, solului, aerului, extinderea utilizării radiațiilor ionizante și a substanțelor radioactive* (în industrie, medicină), *răspîndirea alcoolismului, tabagismului, abuzul de medicamente, contaminarea alimentelor și dezechilibrele alimentare* (fig. 1).

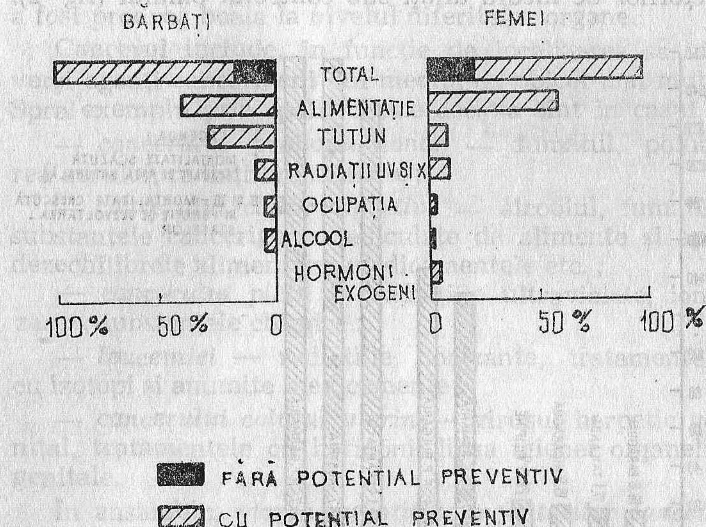


Fig. 1. — Contribuția unor factori de mediu în producerea cancerului.

Acești factori, fie că privesc colectivitatea în ansamblu (spre exemplu poluarea mediului), fie că privesc individul (expunerea la noxe la locul de muncă, obiceiurile ca tabagismul, alcoolismul), au avut o evoluție ascendentă, de unde și creșterea în paralel a frecvenței cancerelor. Comparîndu-se rata mortalității prin cancer din zone geografice, în care acești factori lipsesc sau sînt mai reduși (așa-zisa rată naturală), cu cea din zone în care datorită dezvoltării ei ajung la cote ridicate, se constată în mod evident că în marea

majoritate decesele prin cancer sînt mai frecvente în zonele dezvoltate, ceea ce s-ar explica prin influența factorilor de mediu aflați sub controlul omului (fig 2).

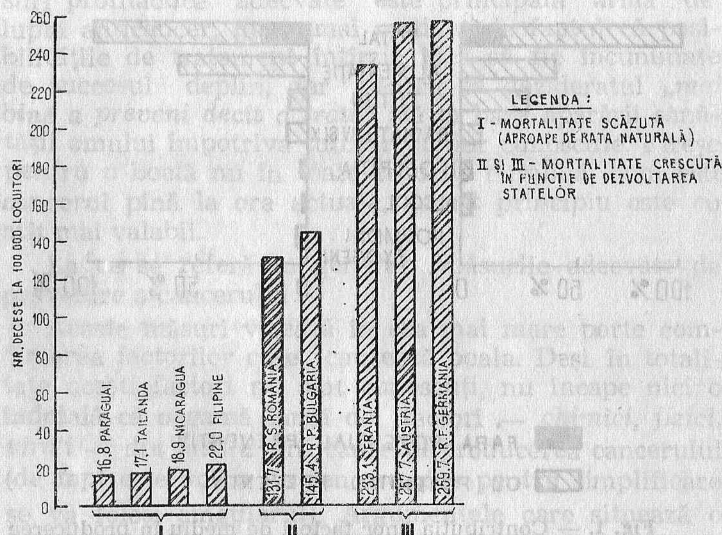


Fig. 2. — Rata mortalității prin cancer (toate localizările), în anul 1977, în cîteva țări.

La noi în țară creșterea în timp a frecvenței deceselor prin cancer este una dintre cele mai importante. În intervalul 1931-1980 mortalitatea prin cancer a crescut de la 40 la 131 decese la 100 000 locuitori.

Desigur, în producerea cancerului intervin și *factori interni,* de tipul predispozițiilor genetice, dar, așa cum se vede în fig. 1, boala este în bună parte considerată a fi produsă sub influența factorilor de mediu și în special a obiceiurilor.

Rolul factorilor din mediul extern în producerea cancerului este confirmat și experimental la animale. Cu diferiți agenți cancerigeni de proveniență exogenă a fost produsă boala la nivelul diferitelor organe.

Cancerul include, în funcție de localizarea sa, diverși agenți cancerigeni din mediu, de obicei mai mulți. Spre exemplu principalii dintre aceștia sînt în cazul :

— *cancerului brohopulmonar* — fumatul, poluarea aerului, radiațiile ionizante ;

— *cancerului căilor digestive* — alcoolul, fumatul, substanțele cancerigene vehiculate de alimente și apă, dezechilibrele alimentare, medicamentele etc. ;

— *cancerului pielii* — radiațiile ultraviolete, ionizante, substanțele chimice ;

— *leucemiei* — radiațiile ionizante, tratamentele cu izotopi și anumite medicamente ;

— *cancerului colului uterin* — virusul herpetic genital, tratamentele cu hormoni, lipsa igienei organelor genitale.

În ansamblu, *marea majoritate a factorilor cancerigeni din mediu este reprezentată de către cei chimici. Între 60 și 90% dintre cancere au la bază astfel de factori etiologici.* Dar, așa cum s-a văzut din enumerarea anterioară în cazul cancerelor citate, sînt unele în care rolul dominant revine factorilor fizici (radiațiile ultraviolete și ionizante) sau virali.

Cancerul uterului, de care ne propunem să ne ocupăm în broșura de față, are o etiologie complexă, în care intervine un număr mare de factori exogeni, între care cei virali sînt de prim ordin, dacă ne referim la localizarea cancerului la nivelul colului uterin, iar dacă ne referim la localizarea la nivelul corpului uterin, o mai mare importanță o au factorii hormonali.

De ce să acordăm atenție specială cancerului uterin ?

Ne-am propus să vă vorbim mai amănunțit despre cancerul uterului — în scopul prevenirii și depistării sale — deoarece constituie o problemă importantă pentru sănătatea femeii și o cauză frecventă de deces.

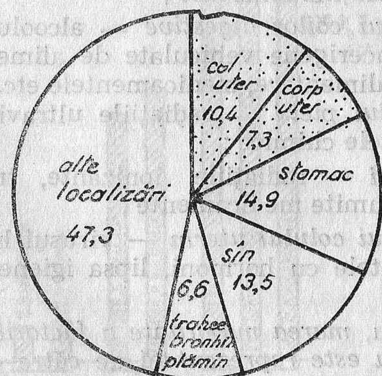


Fig. 3. — Primele 4 localizări ale cancerului (% din total cancere), în decesele prin cancer la femei în țara noastră, în anul 1978.

În fig. 3 prezentăm *decesele prin cancerele cele mai frecvente la femeie în țara noastră*. **Pe primul loc** se situează **cancerul uterului** (socotind colul și corpul uterin împreună).

Ponderea deceselor prin acest cancer în unele țări este depășită de cea prin cancerul de sîn, uneori și de cel gastric și intestinal, dar în altele această pondere este mai

mare decît prin cancerul cu oricare altă localizare, situație specifică, așa cum s-a arătat în fig. 3, și țării noastre.

În incidența[1] *cancerului uterin*, actualmente în unele țări s-a remarcat o tendință de creștere, probabil datorită nu numai unei mai bune depistări ci și ca urmare a unei creșteri reale sub influența unor factori cauzali puternici. Acesta este încă unul dintre motivele pentru care trebuie mărită vigilența pentru prevenirea și recunoașterea acestui cancer, cu atît mai mult, cu cît se mai remarcă *apariția de cazuri noi nu numai la vîrste mai înaintate* — la care apare în general cancerul — *ci chiar și la vîrste mai timpurii, la femei tinere sau în plină maturitate.*

În sfîrșit, motivăm faptul că ne-am permis să vă reținem atenția cu acest subiect — nu tocmai agreabil de parcurs sub multe aspecte — **și** prin convingerea că *boala are mari posibilități de prevenire* prin anumite **reguli pe care le vom expune în continuare**, după ce vă vom face să înțelegeți bine mai întîi cauzele care o produc. **Rețineți însăși** că, *depistat la timp, cancerul uterin este vindecabil* într-o proporție impresionant de mare, care ajunge pentru unele forme și stadii aproape la 100%.

Cancerul[2], **este o boală, care se caracterizează prin creșterea autonomă a unei mase de țesut neoformat, care invadează și distruge țesuturile normale** din vecinătate

---

[1] Incidență = frecvența cazurilor noi de o boală apărute într-un interval de timp (de obicei incidența se dă pe un an la 100 000 de locuitori).

[2] Cancer în limba latină înseamnă rac, cuvîntul fiind folosit pentru a semnifica caracterul invaziv al acestei boli (termenul de localizare referindu-se numai la punctul de pornire). În popor boala mai este cunoscută sub numele de rac.

și dă metastaze la distanță. Cancerul localizat la uter își are punctul de plecare fie în mucoasa colului uterin, fie în cea a corpului uterului (endometru).

În practică se delimitează cancerul la nivelul colului de cel de la nivelul corpului uterin, deoarece, deși este vorba de două porțiuni ale aceluiași organ, între ele există deosebiri. O deosebire importantă este aceea că epiteliul (porțiunea din mucoasă[1] din care pornește cel mai frecvent cancerul) este diferit. Prezentăm în acest sens doar următorul amănunt : în cazul *învelișului colului* (exocolul) epiteliul este format ca și în cel al vaginului din *celule plate, pavimentoase*, iar în cel al

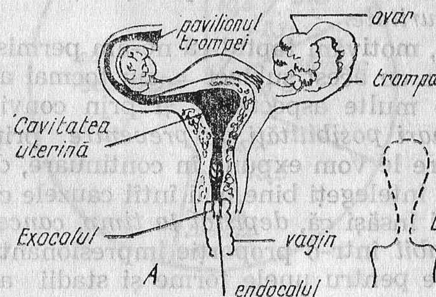


Fig. 4. — A. Organele genitale interne ale femeii.
B. Detaliu care punctează continuarea epiteliului endocolului cu cel al uterului și continuarea epiteliului exocolului cu cel al vaginului.

---

[1] Mucoasa este formată în afară de epiteliu, din membrana bazală și stroma conjunctivală subiacentă. Ea mai conține vase sanguine și glande secretorii (mucipare). Pe lîngă cancerele care pornesc din epiteliu, mai rar cancerele pot pleca din glande și foarte rar din stroma conjunctivală.

căptușelii colului (endocolul) și uterului, din *celule cilindrice*. Pentru a vă orienta asupra diferențierii localizării cancerului de uter la nivelul colului sau corpului uterului prezentăm în fig. 4 o schemă cu amănunte anatomice.

Cancerul colului se descrie diferit de cel al corpului uterin deoarece așa cum vom arăta pe parcurs cauzele care produc boala la un nivel sau altul sînt diferite. De asemenea evoluția și prognosticul ei diferă.

În prezent, în unele țări, cele mai multe decese se produc prin cancerul de corp uterin, iar în altele prin cele de col (fig. 5.).

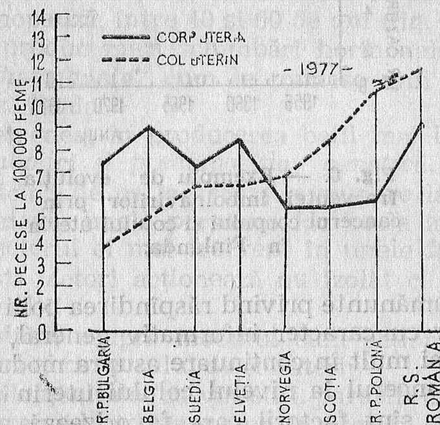


Fig. 5. — Mortalitatea specifică prin cancerul uterin (corp sau col).

Este o situație nouă față de trecut cînd localizarea era net preferențială la nivelul colului uterin.

Azi depistarea precoce și tratarea corespunzătoare au scăzut mult frecvența deceselor prin cancer de col ute-

rin, iar în unele țări a scăzut realmente și incidența sa (apariția de cazuri noi). Iată un exemplu din Finlanda în fig. 6.

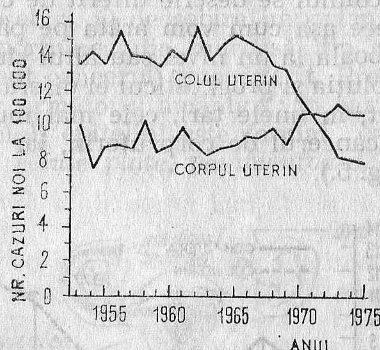


Fig. 6. — Exemplu de evoluția frecvenței îmbolnăvirilor prin cancerul corpului și colului uterin în Finlanda.

Aceste amănunte privind răspîndirea bolii le-am prezentat doar cu caracter informativ general, urmînd să insistăm mai mult în continuare asupra modului cum se formează cancerul la nivelul colului uterin și corpului uterin, care sînt factorii care favorizează apariția lui la aceste niveluri, cum pot fi îndepărtați sau diminuați, și, în sfîrșit, cum poate fi depistată boala pentru a fi tratată la timp.

Cum se ajunge la îmbolnăvirea prin cancerul de col uterin ?

Am arătat că localizarea cancerului la nivelul colului uterin este frecventă. Aproape 1/3 din cancerele genitale la femei au ca sediu colul uterin ceea ce se explică într-o oarecare măsură prin faptul că această parte a uterului este expusă *traumatismului, infecțiilor, iritanților chimici* — factori considerați ca importanți în producerea cancerului în general și deci și a celui cu această localizare. Trebuie însă luați în considerație neapărat și alți *factori,* cum ar fi cei de *tip hormonal* care explică frecvența maximă a bolii în perioadele pre- și postmenopauză, între 40 și 60 de ani (fig. 7). La aceste vîrste se produc mari schimbări hormonale, adevărate *„furtuni hormonale"* cum le numesc unii autori, care favorizează boala.

De asemenea, în producerea bolii mai intervin *factorii metabolici și predispoziția genetică,* acest ultim fapt explicînd de ce la aceeași expunere la factorii de risc din mediu unele persoane fac boala iar altele nu, ca și caracterul ei mai frecvent în unele familii. De obicei acești factori acționează nu izolat ci asociați, doi sau mai mulți.

Să insităm asupra modului cum acționează principalii factori ai cancerului de col uterin.

Infecțiile genitale (cu virusuri, paraziți ca tricomonas vaginalis, candida albicans sau cu microbi ca haemophilus vaginalis, bacillus coli, stafilococul patogen etc.), *traumatismele* (cauzate de anomalii ale actului sexual, corpuri străine intravaginale introduse pentru obținerea avortului, nașteri neasistate sau rău asistate), *contactul colului cu substanțe chimice* (prin utilizarea celor mai diferite pilule sau spălături vaginale în scop anticoncep

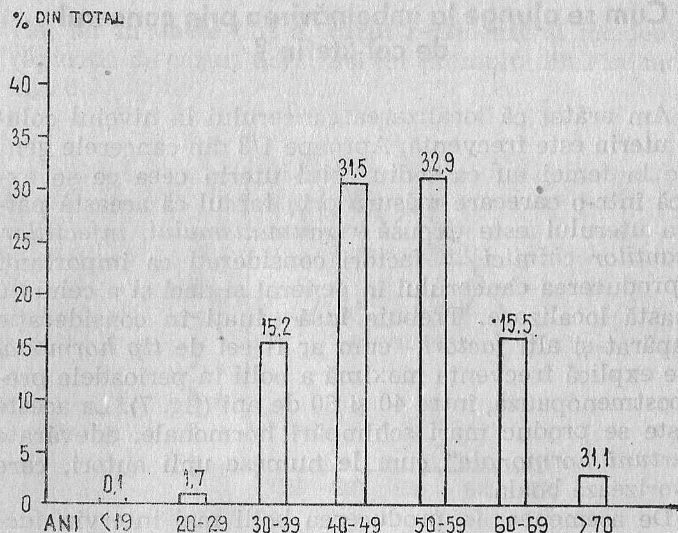


Fig. 7. — Distribuția pe vîrste a cancerului colului uterin.

țional sau abortiv) sînt factori frecvenți care pot produce alterări la nivelul epiteliului colului, manifestate adesea prin *cervicite* * și *eroziuni* (apariția leucoreei, sîngerărilor minime la contactul sexual sau irigațiilor vaginale, eventual dureri locale). La nivelul zonelor de epiteliu cervical ce au suferit influențele unor asemenea factori, apar procese de reparație ce pot duce la *displazii*, adică la atipii sau anomalii în epiteliu, care, așa cum se exemplifică în fig. 8, are o structură caracteristică atît în privința formei celulelor cît și a dispoziției lor în straturi (fig. 8).

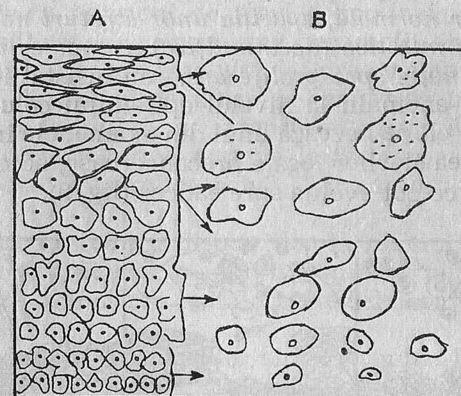


Fig. 8. — A — Schemă privind dispoziția normală în straturi a celulelor în structura epiteliului exocolului. B— Detaliu cu referire la aspectul normal al celulelor din diferite straturi.

Procesele de reparare a leziunilor la nivelul colului sînt de regulă mai accentuate decît se produc în mod curent în cazul unor leziuni din categorii asemănătoare dar cu altă localizare, motiv pentru care pot constitui frecvent punctul de plecare al modificărilor de tip *displazic*. Aceste modificări sînt considerate stări precanceroase deoarece pot evolua spre malignizare. Modificările ce caracterizează displaziile cervicale sînt foarte variate și de grade diferite. În mod schematic un tablou de ansamblu ar fi acesta : *metaplazii celulare, în sensul înlocuirii epiteliului pavimentos cu cel cilindric și invers, anomalii în maturația celulelor, unele fiind hi-*

* **cervix** = col, **cervicită** = inflamația colului.

permature iar altele imature, modificări în interiorul celulei privind raportul dintre nucleu și protoplasmă, schimbări în dispoziția celulelor, cu modificări în stratificarea lor normală, apariția unor straturi noi de celule, tendințe mitotice (de înmulțire) a unor celule și respectiv înclinație spre proliferare. Am insistat în descrierea acestor anomalii la nivelul epiteliului colului uterin deoarece pe ele se bazează unul din examenele importante în depistarea stărilor locale precanceroase, adică a acelor modificări ce pot evolua spre cancer (fig. 9).

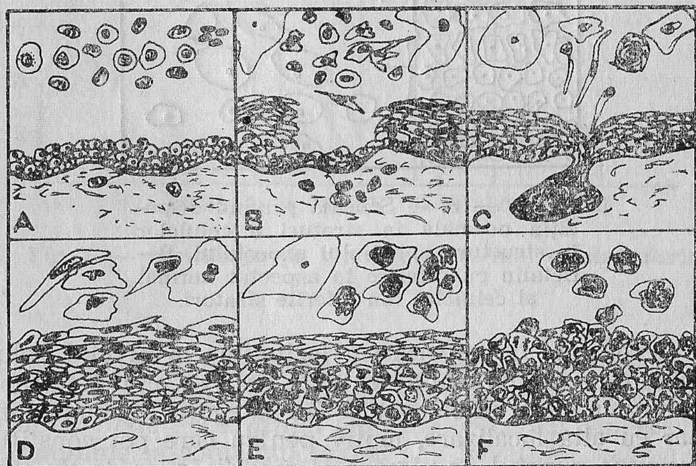


Fig. 9 — Diferite tipuri de abateri de la normal în epiteliul colului uterin. A — atrofie ; B — eroziune ; C — metaplazie ; D — displazie superficială ; E — displazie profundă ; F — cancer incipient (neinvaziv).

O cauză posibilă a displaziilor la nivelul colului uterin — și încă una foarte importantă — sînt și *factorii hormonali.*

La femeile aflate *în perioadele cu schimbări hormonale puternice ca sarcina, menopauza, sau la cele cu hiperfoliculinemie sau care folosesc din diferite motive tratamente cu hormoni de tipul foliculinei, pot apărea pe baza diferitelor mecanisme, anomalii în structura epiteliului la nivelul colului.* Spre exemplu secreția exagerată de foliculină duce la creșterea în volum a mucoasei endocolului, cu extensia ei în afară la nivelul orificiului din vagin, și expune la formarea de leziuni, ceea ce poate să explice rolul hormonilor în apariția displaziilor.

O cauză posibilă a displaziilor la nivelul colului uterin este și *scăderea acidității vaginale normale* ceea ce cauzează macerarea lentă a epiteliului pavimentos al exocolului.

În producerea displaziilor sînt incriminați cu o pondere mai redusă factori *metabolici de ordin general și chiar diverși stimuli nervoși,* inclusiv stress-ul psihic. În concluzie, factorii sînt multipli și, așa cum s-a subliniat de la început, ei coexistă și se intrică.



Fig. 10. — Factori care contribuie la formarea displaziilor la nivelul colului uterin.

Cele mai multe *displazii* sînt *simple,* referindu-se la *modificări* apărute mai mult în *structura celulelor,* în timp ce „arhitectura" lor (dispunerea în straturi) este în general păstrată. Unele sînt însă *displazii agravate,* în care abaterile de la normal ale epiteliului sînt mai accentuate, referindu-se la *modificări atît în structura,*

cît și în „arhitectura“ celulară. În special aceste *displazii,* adică cele *agravate, prezintă riscul de trecere spre un cancer.*

Așa cum se exprima un mare specialist, „cancerul nu reprezintă o dramă într-un act, ci este precedat cu mult înainte de un prolog — precancerul“. Practic, pentru cancerul de col uterin displaziile sînt acest prolog. Cititoarea nu trebuie să se impacienteze, deoarece termenul de precancer, termen introdus în medicină pentru prima dată de savantul român Victor Babeș în anul 1886, nu include neapărat transformarea în cancer, ci doar o posibilitate a modului cum poate evolua o leziune. Această concepție obligă însă o dată în plus la tratamentul unor leziuni sau stări patologice care pot duce la displazie și urmărirea ulterioară a stării colului. Sub acest aspect, toate afecțiunile de la nivelul colului, ca *cervicitele, eroziunile de col, rupturile de col* din timpul nașterii și a chiuretajelor, *polipii de col se cer tratate corect și urmărite inclusiv după tratament.* Ne permitem aici o paranteză pentru a sublinia că tratamentul se face numai la indicația medicului specialist, iar pentru depistarea acestor boli, din cauză că adeseori sînt foarte sărace în simptome sau chiar asimptomatice, orice femeie este bine să facă periodic un control la medicul ginecolog.

Revenind la displazii subliniem că ele sînt frecvente, unii medici cu experiență îndelungată raportînd că le-au găsit la circa 5‰ dintre femeile supuse unor controale medicale și chiar la cele de vîrstă tînără, începînd cu decada a treia a vieții. Ele pot avea un caracter reversibil sau staționar. Uneori însă *reapar* și se *agravează* sau *progresează direct,* fără să mai dispară ajungînd la un *cancer intraepitelial* sau *preinvaziv.* Este stadiul 0 al cancerului de col, cînd, prin depis-

tare (vezi capitolul care tratează aceste probleme) se poate trata cu succes total (fig. 11).

DISPLAZIE SIMPLĂ → DISPLAZIE AGRAVATĂ → CANCER

Fig. 11. — Stadiile de trecere de la displazie la cancerul colului uterin.

Proporția transformării displaziilor cervicale (indiferent de grad) în cancer de col uterin este apreciată între 3,1% și 5,8%. Displaziile agravate dau un procent de cancerizare mai ridicat, dar legătura dintre riscul cancerizării și gradul displaziei nu este o regulă ; respectiv, și displaziile simple se pot canceriza.

Displaziile sînt deci considerate în mod motivat ca leziuni cu potențial cancerigen. Legătura lor cu cancerul a fost făcută pe baza faptului că 80% din carcinoamele intraepiteliale prezintă și leziuni displazice. Transformarea displaziilor în cancer este un proces lent, care durează ani de zile.

Atît formarea acestor leziuni, cît și transformarea lor în cancer poate fi prevenită. Cel mai eficient mod de prevenire este de a acționa asupra factorilor care produc aceste leziuni, cu atît mai mult cu cît există forme de cancer al colului, ce-i drept *foarte rare,* în care înainte de boală straturile epiteliale ale mucoasei rămîn normale, iar depistarea precoce a cancerului pe baza modificărilor precanceroase este practic aproape imposibilă.

Viața sexuală și cancerul colului uterin Sfaturi asupra prevenirii bolii

Există nenumărate argumente care pledează pentru legătura dintre viața sexuală și cancerul colului u-

terin. Unele sînt observații dintre cele mai vechi, ca spre exemplu cele cu referire la absența (sau aproape absența) cancerului colului la virgine și abstinente, iar altele — cercetări mai recente — care se axează pe emanciparea sexuală a femeii și creșterea paralelă a frecvenței bolii.

Prezentînd sistematic lucrările la nivelul cunoștințelor actuale, vom arăta că viața sexuală este implicată în producerea cancerului colului uterin sub mai multe aspecte.

I. Igiena deficitară a organelor genitale și a vieții sexuale este unul dintre aspectele cele mai frecvente luate în considerație. Cancerul colului uterin apare incomparabil mai frecvent la femeile lipsite de igiena organelor genitale, care au contacte sexuale dezordonate sau excesive, în condiții de promiscuitate, cu schimbarea frecventă a partenerului sau cu un partener care schimbă frecvent femeile cu care are contacte sexuale.

Este vorba de femeile expuse așa-zisei *poluări sexuale,* termen care s-a creat prin analogie cu poluarea chimică, fizică sau bacteriologică a apei, aerului, solului.

Ca un indicator al poluării sexuale se pot considera infecțiile genitale, ca leucoreea, trichomoniaza vaginală și, bineînțeles, bolile venerice.

Modul în care se explică corelația dintre poluarea sexuală și cancerul de col uterin este axat în special pe posibilitatea transmiterii prin contact sexual, în condiții de igienă genitală precară, a unui agent cancerigen sau cocancerigen (care favorizează acțiunea celui cancerigen).

Unii specialiști consideră că aceștia ar fi de natură chimică (anumiți componenți din secrețiile organului

genital masculin) dar în prezent este suspectată din ce în ce mai mult natura lor virală. Respectiv, sînt incriminate virusurile și mai ales virusul *herpes simplex hominis tip II**, pe scurt V.S.H II sau mai explicit spus virusul herpetic genital. Ceea ce a dus la presupunerea că acest virus este o cauză frecventă a bolii este faptul că la bolnavele cu cancer uterin infecția herpetică este prezentă în aproximativ 95% din cazuri. Frecvența infecțiilor herpetice este paralelă cu poluarea sexuală. Femeia cu viață sexuală agitată care acceptă parteneri sexuali multipli sau un partener care are relații sexuale cu mai multe femei, nu respectă anumite reguli de igienă genitală, se expune transmiterii acestui virus. Virusul inițiază în mucoasa colului uterin leziuni de tip displazic care sînt stări precanceroase. Aceste leziuni mult timp staționează sau chiar involuează în anumite condiții favorabile, cum ar fi dispariția infecției herpetice (infecția cu VHS-II). La un moment dat, dacă apar condiții favorabile, ca spre exemplu o nouă infecție virotică, iritație cu substanțe chimice, traumatisme locale, dezechilibrări hormonale în organism, fostele leziuni pot să evolueze favorizînd apariția bolii. Dacă prima *infecție herpetică se contractă la primele contacte sexuale ale tinerei, riscul de cancer al colului uterin este mai mare* deoarece mucoasa colului uterin este imatură și ca atare mai sensibilă, în sensul producerii leziunilor care pot evolua spre cancer.

Această teorie a rolului virusului herpetic genital ca factor major posibil al producerii cancerului de col uterin și al transmiterii virusului de la bărbat la par-

---

* Virusul herpex simplex I este forma orală care dă herpesul buzelor.

tenera sexuală, în special în condiții ce au fost încadrate în termenul de mai sus, definit ca poluare sexuală, este astăzi aproape unanim admisă. În consecință *cancerul colului uterin* este considerat ca o *boală venerică* sau dincategoria *bolilor comportamentale*, boli ce țin de climatul moral, de obiceiurile sexuale. Dealtfel boala are o frecvență maximă în anumite orașe de pe glob rău famate pentru viața de noapte, frecvența mare a bolilor venerice, practicarea prostituției de către femei exploatate și sub această formă.

Rugăm deci a se reține că viața imorală sub aspectul sexual are printre multe alte repercusiuni și riscul unei boli foarte grave cum este cancerul de col uterin.

Cîteva reguli de igienă a organelor genitale sînt de asemenea necesar a fi reținute întrucît există date care duc la concluzia că neglijarea lor constituie una dintre cauzele care se însumează celorlalte în producerea cancerului de col uterin. În acest sens, atragem atenția asupra necesității *toaletei intime zilnice*.

Toaleta organelor genitale trebuie respectată și de către bărbat. Neîndepărtarea prin spălare a smegmei a fost și mai este încă considerată ca una din cauzele producerii cancerului colului uterin la femeie (prin transmiterea unui agent carcinogen prin smegmă în timpul contactului sexual) și chiar a celui penian la bărbat.

Deci, și din aceste motive, ca și din faptul că, de regulă, lipsa de igienă este cauza unei game largi de acuze neplăcute (prurit, durere, scurgere) și îmbolnăviri de natură inflamatorie, igiena organelor genitale se impune nu numai ca o regulă de bun simț și civilizație, ci și de sănătate.

Importanța igienei intime în cancerul de col este deosebit de mare. În acest sens pledează faptul că scăderea frecvenței bolii în țări ca S.U.A., Canada, Elveția, Norvegia a avut loc în paralel cu ridicarea standardului de igienă personală a populației.

Cu privire la poluarea sexuală ca factor de risc cancerigen pentru col ne rezumăm la aceste sublinieri, considerînd că alte indicații de comportament moral nu este cazul să mai fie subliniate, deoarece nu sînt deficitare în țara noastră în societatea actuală.

II. **Viața sexuală în sine,** sub diverse **laturi** în care *se pot produce excese* (care de fapt sînt oarecum tot abateri de la normal) poate fi și ea un factor favorizant al cancerului colului uterin și pe aceste aspecte se insistă în continuare mai concret, cu mai multe sfaturi pentru fetele și femeile noastre.

Începutul precoce al vieții sexuale este constatat de medici ca unul din factorii frecvenți în viața femeilor care fac cancer la nivelul colului uterin. Cercetările referitoare la acest aspect au evidențiat că femeile care și-au început viața sexuală înainte de 20 de ani sînt de 1,7 ori mai frecvente printre bolnavele de cancer de col decît la celelalte femei. Luîndu-se ca limită pentru comparație începerea vieții sexuale sub 17 ani, acest raport ajunge la 2 și peste 2 (deci boala apare cu o frecvență mai mare în cazul începerii vieții sexuale atît de devreme).

Vîrsta prea tînără la căsătorie (sub 16—18 ani) este de asemenea un factor care influențează evident creșterea frecvenței cancerului uterin. Căsătoria devreme include pe lîngă debut sexual precoce și contacte sexuale cu regularitate, numeroase, ceea ce pot constitui împreună un factor mai traumatic pentru mucoasa colului uterin decît contactele sexuale răzlețe pe care le au de

obicei tinerii necăsătoriţi. Deşi pe baza acestui considerent ar apărea că un risc mai mare pentru cancerul colului uterin îl prezintă căsătoria la vîrste prea timpurii decît viaţa sexuală precoce în afara căsătoriei, 'n realitate situaţia este adesea inversă. Aceasta deoarece *viaţa sexuală liberă adaugă şi condiţii mai puţin adecvate de igienă sexuală*, fără să mai vorbim de schimbarea posibilă a partenerului, factor care aşa cum s-a arătat anterior au un mare rol în declanşarea bolii.

Important este a se reţine că ambii aceşti factori — *viaţa sexuală precoce premaritală sau căsătoria la vîrste timpurii* — reprezintă cert un risc în cancerul colului uterin boala survenind de regulă nu imediat (la femeia foarte tînără, deşi există şi astfel de situaţii) ci mai tîrziu, după un număr de ani.

Măsurile trebuie însă luate la vîrste foarte tinere şi cu privire la acest aspect ele înseamnă amînarea pe cît posibil a *relaţiilor sexuale la o vîrstă la care maturarea organelor genitale*, inclusiv a *colului uterin este suficientă* încît în condiţii normale să nu poată fi vorba de efectul traumatic al actului sexual.

Nu este aici locul să intrăm în toate amănuntele cu privire la implicaţiile începerii vieţii sexuale, dar trebuie să atragem atenţia totuşi că începerea vieţii sexuale este şi un act de responsabilitate socială. Sarcina şi copiii — consecinţe ale actului sexual — este bine să vină la o anumită vîrstă şi, natural, în cadrul familiei, la care soţii şi-au creat singuri, şi nu prin părinţi, o bază materială. De regulă, aceasta înseamnă vîrsta de cel puţin 20—22 de ani a celor doi care compun cuplul conjugal. În perioada adolescenţei însă deja atracţia sexuală îşi face apariţia şi azi foarte multe fete considerînd că epoca în care trăim le dă dreptul la emancipare sexuală, îşi încep viaţa sexuală premarital, foarte devreme, la 15—16 ani sau în orice caz înainte de a împlini vîrsta de 18—20 de ani

Nu numai din motive aşa-zise de emancipare, ci şi din prejudecata că temporizarea actului sexual, respectiv lipsa de răspuns la primele impulsuri sexuale ar fi dăunătoare, împing fetele spre acest debut sexual precoce. Or, *abstinenţa sexuală pînă la vîrsta maturizării necesare*, aşa cum arată cercetările de sexologie cele mai noi, este *nu numai nedăunătoare dar şi favorabilă dezvoltării psihofizice, frumuseţii şi sănătăţii tinerei fete.* Dăunătoare este numai preocuparea obsedantă pentru actul sexual la vîrsta la care energiile şi preocupările trebuie îndreptate spre alte ţeluri, ca însuşirea unor variate cunoştinţe teoretice şi practice pentru cultura generală şi viitoarea profesie, formarea unor deprinderi sportive, artistice, de comportament sanogenetic etc.

Cît priveşte posibila motivare a începerii timpurii a vieţii sexuale ca dovadă de grijă, sacrificiul pentru băiatul iubit, este bine să se aibă în vedere faptul că sentimentul de dragoste este reciproc cînd duce la aceeaşi atitudine din partea ambilor tineri. Şi de fapt nu există nici un motiv ca fata să se justifice astfel, întrucît nici la băiat abstinenţa sexuală temporară nu este dăunătoare.

Nu vrem să părem moralişti, dar *începerea vieţii sexuale*, ca şi *modul în care se continuă*, constituie acte de mare responsabilitate socială şi personală şi deci *acte care trebuie bine judecate.*

Cît priveşte relaţia dintre cancerul colului uterin şi alţi factori ce ţin de actul sexual, considerăm că cele ce urmează a fi expuse vă vor fi de asemenea utile.

Relaţiile sexuale abuzive, mult prea frecvente sînt implicate şi ele între cauzele posibile ale cancerului

colului uterin. În lumina celor spuse anterior cu privire la modul cum se formează cancerul de col uterin se poate înțelege ușor rolul acestui factor. În ce măsură intervine însă este greu de stabilit, dar este un factor care nu trebuie neglijat.

Desigur că, prin sublinierea lui, nu vrem nici pe de parte să îndemnăm pe cineva să devină partizanul unei idei cu totul aberante, după care actul sexual ar fi necesar numai în scopul procreației. Este un fapt incontestabil că o viață sănătoasă înseamnă și o viață sexuală începută la timp și continuată normal, însă dorim să atragem atenția asupra riscului abuzurilor.

Căsătoriile multiple, legăturile extraconjugale, interpretarea și printr-o viață sexuală mai bogată, ca și prin instabilitățile hormonale pe care le pot declanșa, sînt și ele condiții ce se înscriu ca factori favorizanți ai apariției cancerului colului uterin. La femeile cu cancer de col în viața lor s-au succedat asemenea evenimente de 1,7—1,8 ori mai frecvent decît la grupurile martor, adică la cele fără o astfel de boală.

Și, pentru că tot ne-am permis să dăm sfaturi privind legăturile dintre sexe, ne-am permite în continuare să introducem la acest aspect încă unul. Dragi tinere, gîndiți-vă bine înainte de a vă alege partenerul de viață — conform normelor noastre sociale, soțul — deoarece *despărțirile, divorțurile, rezolvarea vieții intime în afara căsătoriei aduc pe lîngă nenumărate prejudicii de ordin moral și social, și implicații greu de bănuit asupra sănătății*. Iată, una posibilă este și cancerul colului uterin. Poate pare exagerat a face un îndemn la stabilitatea matrimonială și pe acest criteriu, dar el este unul dintre cele mai serioase.

III. **Sarcinile și nașterile prea numeroase** sînt, în sfîrșit, constatate ca a fi un factor ce se corelează de

asemenea cu apariția mai frecventă a cancerului colului uterin.

Subliniem că nimeni nu trebuie să se gîndească la legătura dintre cancerul colului și sarcinile și nașterile normale, firești ca număr și evoluție. *Sînt incriminate numai sarcinile prea numeroase, dintre care prima la vîrstă cu totul timpurie*, întrucît cauzează dezechilibrări hormonale importante. De asemenea *nașterile neasistate* sau rău asistate medical care duc la *ruptură de col* cu cicatrizare vicioasă, *mai ales dacă aceasta nu este corectată ulterior chirurgical*, sînt o cauză a acestui cancer. În acest caz apar displazii care netratate pot evolua în prezența anumitor condiții favorabile (ce au fost anterior arătate) spre malignizare. Sperăm că s-a reținut că cele spuse aici nu trebuie să vă ducă, dragi cititoare, la frica de sarcină din cauza cancerofobiei. În fond s-ar putea aduce pe această temă un puternic contraargument : lipsa nașterilor favorizează cancerul cu localizare la nivelul corpului uterin și cancerul de sîn. Considerăm însă important să precizăm că *în mod normal sarcina și nașterea nu constituie nici un fel de factor favorizant pentru apariția cancerului sau de afectare a sănătății femeii în general. Din contră, ele desăvîrșesc organismul femeii, îl echilibrează endocrin, conferindu-i frumusețe, împlinire și satisfacerea celei mai nobile misiuni a sa : misiunea de a fi mamă.*

S-a dezbătut acest aspect, al legăturii dintre sarcină și cancerul colului uterin, numai pentru a atrage atenția asupra necesității de *urmărire a gravidei de către medic, a acordării unei asistențe medicale corespunzătoare la naștere și a tratării eventualelor complicații de tipul rupturii de col uterin.*

Folosirea frecventă a unor metode anticoncepționale locale (spălături vaginale sau ovule vaginale cu subs-

tanțe care împiedică spermatozoidul de a ajunge la fecundarea ovulului) pare să aibă și ea un rol în producerea cancerului colului. S-a spus că pare, întrucît procedeele respective se utilizează în cazul unei vieți sexuale mai bogate, mai agitate și ca atare se intrică cu acest factor fiind greu de făcut o separare. În orice caz, așa cum s-a arătat în partea ce a tratat în mod special despre cauzele și formarea cancerului colului, acțiunea multor substanțe (mai ales a celor care nu au fost indicate de medici ci folosite la sfatul oricui) este perfect explicabilă ca modalitate de a favoriza boala. Aceasta susține veridicitatea unor corelații statistice dintre frecvența cancerului colului cu numărul și durata spălăturilor vaginale cu substanțe neadecvate. Dealtfel, la animale badijonarea colului uterin cu astfel de substanțe a dus la apariția cancerului la acest nivel, ceea ce indică alături de argumentele de mai sus evitarea acestui procedeu contraceptiv în afara consultării medicului.

Cît privește *acțiunea cancerigenă la nivelul colului uterin a unor anticoncepționale orale* (luate pe cale bucală) bazate pe substanțe hormonale, sau a unor tratamente cu hormoni se vor da relații într-un capitol aparte, care dezvoltă cancerigenitatea lor atît pentru col, cît și pentru corpul uterului.

Aici subliniem numai că deja în 1938, un cercetător, Gardner produce experimental, pe baza administrării de hormoni (de tipul foliculinii), cancerul colului uterin la șoricioaice, animale la care spontan acest cancer nu apare niciodată. Folosirea masivă actuală de către femei a acestor substanțe reamintește din plin acest vechi experiment.

În sfîrșit, încheiem, subliniind că s-au spus principalele lucruri care privesc fiecare femeie în *legătură cu cancerul colului uterin și viața sexuală*, în scopul

de a se da o imagine de ansamblu asupra modului cum se poate evita această boală. Desigur, nu prin atitudini exagerate, de refuzare a vieții sexuale normale, ceea ce are alte riscuri asupra sănătății, ci de practicare a unei vieți sexuale în condiții de igienă, climat moral optim în mod echilibrat și responsabil.

Raportul dintre depistarea cancerului de col și vindecare. Cum se realizează depistarea precoce ?

De la bun început dorim să se rețină că, depistat precoce, cancerul colului uterin este *vindecabil* prin tratament corect în totalitate, adică în *100% din cazuri.*

Depistarea precoce înseamnă însă surprinderea cancerului în *stadiul 0*, respectiv înainte ca el să-și manifeste caracteristica principală : invazia în țesuturile învecinate sau la distanță. Acesta este stadiul de *cancer preinvaziv, sau cancer născînd.* Medicii îi mai spun *cancer in situ* * sau *cancer preclinic.* Corect este să i se mai spună, și de fapt i se și spune și așa — *epiteliom intraepitelial,* în scopul de a se sublinia că modificările celulare de tip canceros sînt localizate numai la nivelul celulelor epiteliale — fără să depășească membrana bazală care le separă de stroma, de țesutul conjunctiv subiacent. *Membrana bazală împiedică mult timp invazia cancerului jucînd rolul unei bariere de apărare.*

Depistarea cancerului în următoarele stadii de evoluție — *stadiile de cancer invaziv* — scad șansele de

---

* in situ = pe loc, localizată (de la termenul latin situs = localizare).

vindecare, după cum invazia este mai mult sau mai puțin pronunțată (fig. 12).

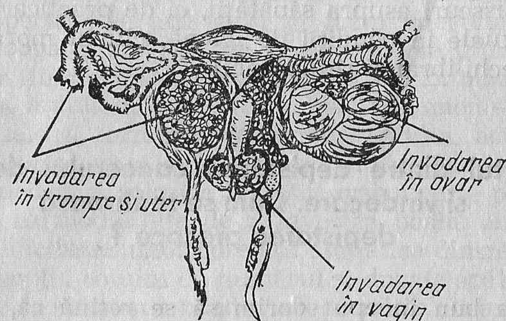


Fig. 12. — Cancerul colului cu invadare în celelalte organe genitale interne (comparați cu fig. 4 care reprezintă organele genitale interne normale).

Astfel, în *stadiul I*, în care s-a produs invazia dincolo de membrana bazală pe care se sprijină celulele epiteliale dar cancerul nu a depășit colul uterin, șansa de vindecare este în medie de 90—95%. Ea scade la 70—80% dacă cancerul a trecut în *stadiul II*, adică a depășit colul uterin, dar nu a ajuns la peretele pelvian, și la 25—35% în *stadiul III*, cînd cancerul s-a extins și la peretele pelvian. În *stadiul IV*, stadiul în care cancerul s-a extins în afara pelvisului sau a cuprins vezica, rectul, șansele de tratament sînt și mai mici, iar vindecarea aproape de *zero* (fig. 13).

Depistarea cît mai precoce a cancerului colului uterin este un deziderat major pentru lupta împotriva acestei boli care seceră încă viața unui număr nepermis de mare de femei ; cu atît mai mult, cu cît diag-

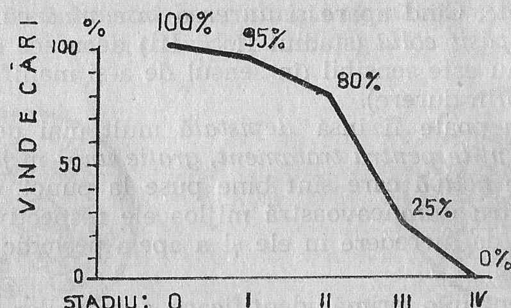


Fig. 13. — Ponderea vindecărilor cancerului colului uterin, în funcție de stadiul descoperirii și tratamentului.

nosticarea la timp a cancerului colului uterin este ușor de realizat, cu o *condiție însă* și anume aceea ca *femeia să se prezinte periodic*, cu *regularitate, pentru controale* în acest sens.

Din pudoare rău înțeleasă, din teamă, din lipsa de încredere în posibilitățile de diagnosticare a bolii — fapt care are la bază lipsa unor cunoștințe minime asupra riscurilor pentru sănătate și a progreselor medicale în subjugarea celor mai necruțătoare boli— multe femei evită, amînă aceste controale pînă ce boala și-a făcut apariția prin anumite semne supărătoare și atunci de multe ori este *prea tîrziu*.

De asemenea mai trebuie luat în considerație faptul că tratamentul este mai complicat și mai greu de suportat în fazele avansate ale bolii.

În mod obișnuit *cancerul colului uterin* ca *și multe din stările care îl preced sînt asimptomatice sau cu simptome minore*. Cel mult apare *o scurgere vaginală, sîngerări spontane sau la traumatisme* prin act sexual,

irigații etc. Cînd apare și *durerea înseamnă că tumoarea a depășit colul* (stadiul II — III) deoarece colul cu leziuni nu este sensibil (în sensul de a-și manifesta suferința prin durere).

Boala poate fi însă *depistată* mult mai devreme, *în stadii utile pentru tratament, grație unor mijloace de depistare activă* care sînt bine puse la punct. Enumerăm pentru dumneavoastră mijloacele respective, pentru a vă da încredere în ele și a apela periodic la controale.

1) Pentru o primă identificare a cazurilor care ar putea ridica suspiciuni se utilizează *metoda examenelor citologice*, care se bazează pe recoltarea și examinarea unor frotiuri * din secreția vaginală, din mucoasa raclată sau din secreția aspirată din endocol. Este *metoda* cunoscută sub numele de *Papanicolaou*, după medicul care a pus-o la punct. Este o datorie și o mîndrie pentru noi să știm că această metodă a fost anunțată în anul 1928 ca o descoperire personală de către medicul român *A. Babeș*. La scurt timp la New York, *G. Papanicolaou* anunță și el metoda care rămîne în practică cu numele său, justificat nu propriu-zis de prioritatea descoperirii, care aparține medicului român, ci de contribuția sa substanțială la perfecționarea metodei. Această metodă este azi foarte răspîndită deoarece este simplă, rapidă și dă posibilitatea unui examen de masă pe un număr mare de femei.

Pe baza ei (examenul celulelor exfoliate sau raclate) se poate descoperi o leziune necanceroasă — dar cu risc de cancerizare — sau eventual începutul unui cancer, faze în care tratamentul este foarte eficient.

---

* frotiu = strat subțire depus pe o lamă de sticlă din materialul biologic ce se examinează la microscop.

Examenul semnalează numai existența unor leziuni nu însă și locul și extinderea lor (fig. 14).

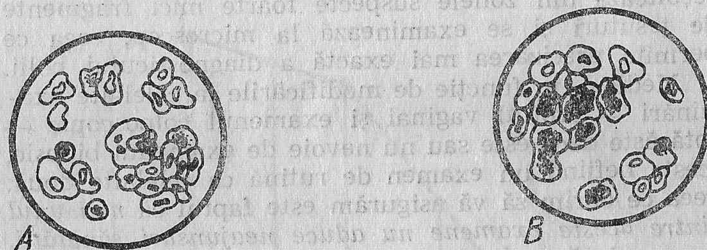


Fig. 14. — Examen citologic ; A) Celule normale ; B) Celule canceroase.

2) Prin *examinarea colului uterin cu colposcopul* sau *colpomicroscopul* — aparate care măresc de 4—40 ori și respectiv de 120—200 de ori — *leziunile pot fi localizate și delimitate ca extindere* (fig. 15).

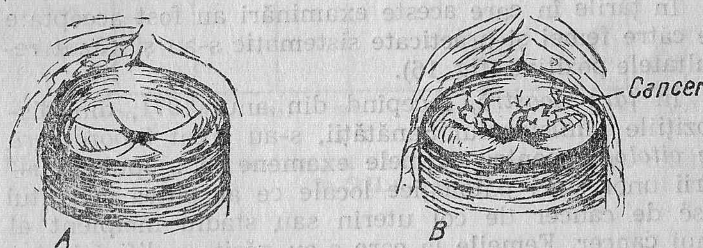


Fig. 15. — Examen colposcopic ; A — Col uterin normal ; B — Col uterin cu cancer.

La indicația medicului trebuie urmat neapărat tratamentul chiar dacă este vorba de o modificare necanceroasă căci ea poate evolua.

3) Orice leziune suspectată de cancer este supusă în continuare unui *examen biopsic*. În acest scop se recoltează din zonele suspecte foarte mici fragmente de țesuturi și se examinează la microscop, ceea ce permite precizarea mai exactă a diagnosticului bolii.

Medicul, în funcție de modificările la celelalte examinări — frotiul vaginal și examenul colposcopic — hotărăște dacă este sau nu nevoie de examenul biopsic, acesta nefiind un examen de rutină ca celelalte două. Ceea ce dorim să vă asigurăm este faptul că *nici unul dintre aceste examene nu aduce neajunsuri sănătății, în sensul că ar fi riscante*. Examenul se face de către specialiști, fără traumatizare, cu instrumente sterilizate, astfel încît nu există motiv de a fi refuzate.

Beneficiile unor asemenea examinări sînt imense, deoarece ele micșorează enorm riscul decesului prin cancerul colului grație posibilității depistării sale chiar în stadiul preinvaziv, cînd șansele de tratament sînt — reamintim — foarte bune

În țările în care aceste examinări au fost acceptate de către femei și practicate sistematic s-au și văzut rezultatele pozitive (fig. 16).

În *țara noastră*, începînd din anul 1971, din dispozițiile Ministerului Sănătății, s-au creat *laboratoare de citologie* pentru primele examene în scopul depistării unor stări patologice locale ce ar putea constitui risc de cancer de col uterin sau stadiu incipient al unui cancer. Femeile la care s-au găsit modificări sînt îndreptate spre cabinetele de ginecologie, înzestrate cu colposcoape, care permit campletarea examinărilor. La nevoie se fac recoltări biopsice și se trimit laboratoarelor de histopatologie, care confirmă sau infirmă diagnosticul de cancer. Prin colaborarea dintre ginecolog și oncolog se stabilește conduita terapeutică.

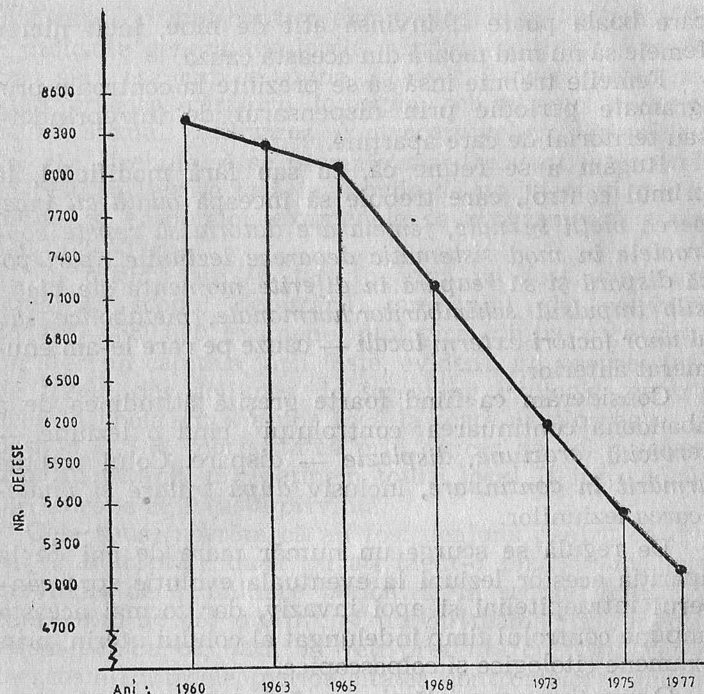


Fig. 16. — Scăderea numărului de decese prin cancerul colului în S.U.A.

O deosebită activitate în combaterea cancerului uterin, ca și a celui mamar, o depune un important și cunoscut centru din București, condus de către Dr. Maria Mîndru.

Există deci în țara noastră baza materială pentru a depista cancerul colului în stadiul 0, adică cel în

care boala poate fi învinsă atît de bine, încît nici o femeie să nu mai moară din această cauză.

Femeile trebuie însă să se prezinte la controale programate periodic prin dispensarul de întreprindere sau teritorial de care aparține.

Rugăm a se reține că, cu sau fără modificări, la primul control, care trebuie să înceapă *odată cu începerea vieții sexuale, femeia are datoria să repete controalele în mod sistematic deoarece leziunile apar, pot să dispară și să reapară în diferite momente ale vieții, sub impulsul schimbărilor hormonale, metabolice sau al unor factori externi locali* — cauze pe care le-am enumerat anterior.

Considerăm ca fiind foarte greșită atitudinea de a abandona continuarea controlului cînd o leziune — *cervicită, eroziune, displazie* — dispare. Colul trebuie *urmărit în continuare*, inclusiv *după tratare și vindecarea* leziunilor.

De regulă se scurge un număr mare de ani de la apariția acestor leziuni la eventuala evoluție spre cancerul intraepitelial și apoi invaziv, dar tocmai aceasta impune controlul timp îndelungat al colului uterin, prin examene citologice și colposcopice.

O mențiune specială ținem să facem pentru *femeile cărora li s-a practicat o histerectomie subtotală* *. Riscul în timp de a face cancer pe colul restant rămîne, dar *evoluția cancerului în caz de apariție este mai rapidă.* Este necesar deci ca această categorie de femei să se prezinte la control cu maximum de conștiinciozitate.

---

* Histerectomie subtotală : intervenție chirurgicală care constă din extirparea corpului uterin, cu păstrarea colului și eventual a anexelor.

Despre ritmul controalelor periodice nu se poate da o indicație general valabilă. Indiscutabil că femeile care sînt, așa cum se spune „la risc" (cele cu debut sexual precoce, căsătorii multiple, schimbarea partenerului sexual, utilizarea contraceptivelor, leziuni pe col etc.) trebuie să se prezinte mai frecvent la control. În rest, în fiecare țară în funcție de unii factori de sănătate și economici, examenele se programează anual sau la 2—3 ani.

În ultimii ani în țara noastră au fost executate anual în scopul depistării cancerului de col între 330 000—380 000 examene citologice, dintre care circa un sfert în capitala țării. Este, evident, un progres față de trecut dar acțiunea de screening citologic pentru această boală nu a ajuns încă la toată amploarea ei și deși în R.S.R. mortalitatea prin cancer de col a scăzut ușor în ultimii ani, deținem totuși locul II între țările din Europa în această privință.

Cele spuse sperăm că au fost deajuns pentru ca dv. să vă îndreptați, dacă nu ați făcut-o pînă acum, spre serviciile de examinare periodică, în scopul depistării cancerului de col uterin ; și nu cu teamă, ci cu optimism pentru că, dacă vă veți prezenta cu regularitate la aceste controale (periodicitatea controalelor o indică medicul) chiar în cazul că veți fi afectată de această boală, ea va fi depistată la timp și tratată cu succes, cu vindecare totală.

Cîteva amănunte și despre cancerul corpului uterin. Cauze și prevenire

Cancerul corpului uterin sau cancerul endometrului, cum se numește mai frecvent, spre deosebire de cance-

rul colului uterin apare de regulă la femeile trecute de 60 de ani, în perioada de după climacteriu *. Într-un procent destul de important — de circa 25—30% din cazuri — cancerul de endometru apare însă înainte de climacteriu, posibil chiar la vîrsta deplinei maturități a femeii, în jur de 40 de ani și chiar înainte de a împlini 40 de ani.

Frecvența sa este în creștere, lucru explicabil în mare parte din faptul că durata medie de viață a populației a crescut considerabil, spre 70 de ani și peste 70 de ani (mai mult cu cîțiva ani la femei decît la bărbați).

În explicarea creșterii frecvenței bolii mai intervin substanțial unii factori cauzali exogeni (unele tratamente hormonale, dezechilibre alimentare ce duc la obezitate) a căror importanță a crescut treptat și asupra cărora vom insista mai mult în cele ce urmează.

Se mai remarcă și o creștere relativă, în comparație cu frecvența cancerului colului uterin, dat fiind faptul că în unele țări, ca urmare a controalelor preventive și tratamentelor stărilor precanceroase, frecvența cancerului colului a scăzut substanțial, fapt ce l-am subliniat și în capitolul anterior. Așa cum s-a arătat în fig. 5, frecvența deceselor prin cancer de endometru apare în unele țări mai mare decît cea prin cancerul colului.

Cancerul corpului uterin fiind o boală gravă, cu frecvența relativ mare și în creștere, ale cărei cauze sînt mai puțin aparente decît în cazul celui de col (unde apariția bolii se poate explica în bună parte prin expu-

* Climacteriu nu este sinonim cu menopauza (sistarea menstruației). El include premenopauza, menopauza și postmenopauza, adică este un timp mai lung de tranziție între perioada de activitate genitală deplină și cea de liniște sexuală.

nerea colului la factori exogeni) a stîrnit un viu interes în cercetarea etiologiei sale. Să prezentăm însă lucrurile în etape. Se vor arăta mai întîi cauzele de natură endogenă (internă), de mai mult timp cunoscute, și apoi cauzele externe, care au fost precizate începînd cu anii 1975—1976, pe baza unor ample cercetări (ele se referă la anumite tratamente hormonale).

A. Cauze interne

Apariția cancerului de uter a fost asociată cu o serie de îmbolnăviri și tulburări funcționale care au drept cauză o stare de *hiperestrogenemie* * *de natură internă.*

● Astfel, încă din anul 1922 se remarcase asociația dintre cancerul de endometru și *tumorile ovariene cu hipersecreție de foliculină.*

● Tot printr-o hipersecreție prelungită de foliculină se explică și *corelația dintre menopauza tardivă și cancerul de endometru.* În perioada schimbărilor hormonale care preced menopauza se produce o creștere a foliculinei și o scădere a progesteronului ** ; dacă această perioadă este prelungită prin instalarea prea tîrzie a menopauzei, fără tratamentul adecvat, una din consecințele negative poate fi cancerul de endometru. Secreția bogată de foliculină la aceste vîrste mai înaintate

* Estrogen sau foliculoid = hormon natural (sau de sinteză) care provoacă dezvoltarea organelor sexuale accesorii, a caracterelor sexuale secundare feminine și pregătesc mucoasa uterină pentru declanșarea ciclului.

** Progesteron = hormon a cărui funcție primară este transformarea endometrului proliferat sub acțiunea foliculinei într-un endometru secretor, acțiunea secvențială a celor doi hormoni determinînd ciclul și pregătirea mucoasei uterului pentru sarcină.

este anormală față de etapa biologică a endometrului. După unii medici, *modificările foliculinei și în general ale estrogenilor* (în afară de estronă sau foliculină din această grupă mai face parte estradiolul și estriolul) *la menopauză constituie cauza cea mai importantă a cancerului de endometru*. Cercetările efectuate au stabilit că între 35 și 55% dintre femeile cu cancer de corp uterin au avut menstruație și după 50 de ani, iar într-un grup de control cu alte cancere, frecvența femeilor care au avut menstruație și peste 50 de ani era incomparabil mai mică.

● *Ciclurile anovulatorii* * însoțite de secreție estrogenică continuă, netamponată de progesteron, așa cum este tamponată foliculina în ciclurile normale, sînt și ele o cauză a cancerului corpului uterin.

● *Nuliparitatea* (ca urmare a infertilității datorată în mare parte disfuncțiilor ovariene foarte frecvent de tip hiperfoliculinemic) a fost de asemenea asociată cu cancerul de endometru, în sensul că boala survine mai frecvent la femeile care nu au născut.

În afară de nivelul crescut de estrogeni, cancerul de endometru a mai fost pus în legătură, de către unii cercetători, cu *secreția anormală a unor hormoni androgeni*.

Androgenii sînt hormoni specifici sexului masculin (produși de testicule) dar secretați în cantități foarte mici și la femei de ovare (în țesutul din regiunea hilului ovarian) și suprarenale. La femeile predispuse la cancer de endometru țesutul din hilul ovarian este mai bogat decît

---

* Cicluri anovulatorii = cicluri fără producerea ovulației. Ovulația este una din funcțiile de bază ale ovarului. Ea constă din eliberarea ovulului fecundabil, din care se dezvoltă sarcina după unirea lui cu spermatozoidul.

în mod normal. În perioada maturității sexuale, grație secreției estrogenice — progesteronice, activitatea acestui țesut este neimportantă. În perioada menopauzei, secreția hormonilor normali scade — la început a progesteronului dar într-o fază mai avansată și a foliculinei — și hilul ovarian începe să fabrice androgeni. Aceasta se produce într-un context hormonal mai larg, în care este incriminată și *hipofiza*, glanda care de fapt dirijează celelalte glande și trimite, prin gonadotrofi, stimuli secretori și la glandele genitale La menopauză hipofiza produce o secreție excesivă de hormoni gonadotrofi la care reactivitatea țesuturilor care produc foliculina și progesteronul scade, în schimb reactivitatea celulelor din hil este stimulată și *se produc hormoni anormali, care pot deveni cancerigeni.*

Acestea sînt cîteva din faptele și ipotezele după care factorii endocrini, pe un teren predispus, ar duce la un cancer de endometru.

Starea tipică precanceroasă pentru cancerul de endometru *este hiperplazia* (proliferarea intensă) a *mucoasei*, inclusiv a glandelor, care poate fi generalizată sau localizată. Formele cele mai grave de *hiperplazie* sînt cele *adenomatoase* (care cuprind și glandele) sau *atipice*, conform figurii 17.

Hiperplazia se produce sub influența excesului de foliculină și a celorlalți hormoni sexuali indicați mai sus. Mult mai rar este întîlnită, ca o stare precanceroasă a endometrului, *hipoplazia* (subțierea sa cu reducerea numărului de glande).

În concluzie, starea precanceroasă este reprezentată de atipii la nivelul endometrului sub influențe hormonale.

Rugăm a se reține că toate cauzele hormonale respective pot fi depistate — ele producînd tulburări de ciclu,

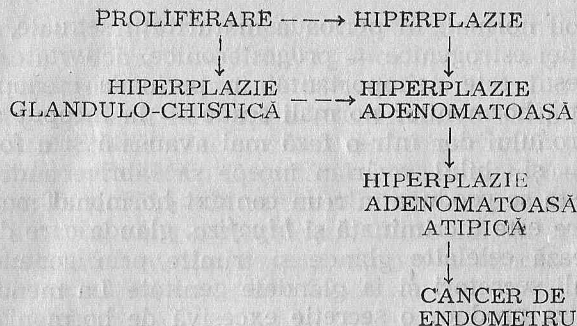


Fig. 17. — Faze de evoluţie în cancerul de endometru.

de fertilitate, de menopauză şi aşa mai departe — iar dacă sînt tratate se reduce foarte mult riscul bolii. Datoria fiecărei femei este să nu le neglijeze şi să se prezinte de la primele semne de disfuncţii sau boli genitale la medicul de specialitate.

B. Cauze externe

Pe baza cercetărilor din ultimul deceniu, creşterea frecvenţei cancerului de endometru a fost explicată prin utilizarea abuzivă a estrogenilor farmaceutici, adică produşi şi administraţi în scop medical. Aceşti hormoni sînt indicaţi în special în *perioada climacteriului* pentru combaterea manifestărilor neurovegetative (valuri de căldură, ameţeli, dureri precardiace, modificări de ritm cardiac şi tensiune arterială) şi în perioada postclimacterică, pentru prevenirea şi combaterea fenomenelor de involuţie (îmbătrînire) a pielii, mucoasei vulvo-vaginale, a pierderii de calciu din os (osteoporoza) şi a altor tulburări posibile.

Consumul de estrogeni în acest scop trebuie efectuat însă numai *la indicaţia şi sub controlul medicului*, strict individualizat, utilizîndu-se cantitatea minimă necesară pentru remedierea tulburărilor de menopauză, pe o durată de timp limitată. Din păcate, „moda tratamentului cu estrogeni" la menopauză, tratament solicitat adesea şi de către femei pentru amînarea instalării opririi ciclului şi prelungirea vieţii sexuale active, a păstrării unor atribute fizice cît mai departe de îmbătrînire, a dus la un consum mult prea mare al acestor hormoni.

Această constatare este valabilă în multe ţări dar vom da un exemplu din S.U.A., unde situaţia este dintre cele mai reprezentative. Investigaţiile făcute în oraşe americane arătau că, în anul 1975, proporţia femeilor care foloseau preparate farmaceutice estrogenice în perioada menopauzei erau de 51% din total, iar 14% depăşeau 10 ani de durată continuă a tratamentului. Ca urmare, frecvenţa cancerului de endometru a crescut considerabil, apreciindu-se că pe teritoriul S.U.A. s-ar fi putut evita 34 350 cazuri de cancer de uter, dacă nu s-ar fi făcut abuz de aceste tratamente.

Consecinţele sub acest aspect nu sînt încă cunoscute în toată amploarea lor, deoarece estrogenoterapia la menopauză „ca modă" este un fenomen recent, iar pentru apariţia cancerului de endometru este nevoie de un oarecare timp de acţiune. Aşa cum arăta o investigaţie făcută în statul New York, în care frecvenţa cancerului de endometru între anii 1960—1974 a crescut cu 68% — patru cincimi din această creştere s-a petrecut în ultimii ani, ceea ce arată că efectele de abia acum se evidenţiază cu claritate şi ele pot fi şi mai mari.

Cercetări efectuate pe loturi restrînse de femei, au arătat că în medie *riscul apariţiei cancerului de endo-*

metru este de 2—4 ori mai mare la femeile care au abuzat de folosirea estrogenilor farmaceutici la menopauză decît la femeile care nu au apelat la această modalitate de tratament, ci la altele (sedative obişnuite, regim de viaţă mai igienic), pentru a trece peste o perioadă atît de critică, cum este într-adevăr uneori menopauza. Riscul este cu atît mai mare cu cît durata tratamentului este mai mare, spre exemplu în cazul tratamentelor intensive, pe o durată de 10 ani şi peste 10 ani riscul cancerului de endometru poate să fie chiar şi de 20 de ori mai mare.

În mod justificat medicii nu renunţă la indicarea tratamentului cu estrogeni, întrucît uneori aceşti hormoni sînt absolut necesari restabilirii sănătăţii. Medicul ştie să indice anumite moduri de administrare a tratamentului astfel încît să diminue la minimum sau chiar la zero eventualele efecte negative.

Ca atare, reţineţi că nu este bine a începe astfel de tratamente la sfatul prietenelor sau pentru că „a dat rezultate la o cunoştinţă“ ş.a.m.d., ci numai cu avizul şi sub îndrumarea medicului.

De asemenea, utilizarea hormonilor sexuali în *patologia genitală a femeii tinere* (insuficienţă ovariană, tulburări de ciclu, avort) trebuie făcută numai la prescripţia medicului şi sub controlul său periodic, cel tîrziu la cîteva luni. *La apariţia unei sîngerări anormale sau a senzaţiei de presiune mamară se întrerupe tratamentul şi se consultă imediat medicul.*

Unele aspecte survenite în epidemiologia cancerului uterin şi anume posibilitatea ca el să survină la vîrste mult mai tinere, înainte ca femeia să fi împlinit cel puţin 40 de ani, concomitent cu răspîndirea *utilizării drogurilor anticoncepţionale orale bazate de obicei pe estrogeni* (efectul contraceptiv se datoreşte suprimării ovulaţiei), a atras atenţia legăturii între cei doi factori.

Studii destul de recente, au stabilit că într-adevăr, femeile relativ tinere, cu cancer de endometru erau într-o proporţie semnificativ mai mare consumatoare (prin ingerare) de astfel de droguri, care se administrează de regulă, între ziua a 5-a pînă în ziua a 25-a a ciclului. Avînd în vedere efectul cancerigen al estrogenilor în exces s-a încercat o combinare a anticoncepţionalelor bazate pe estrogeni cu cele bazate pe progesteron : la început să se folosească doar estrogeni, iar ulterior, în faza a doua, o combinaţie de estrogeni şi progesteron. Şi aceste anticoncepţionale de tip secvenţial s-au dovedit totuşi favorizante ale cancerului de endometru.

În anul 1978, se aprecia la 80 de milioane numărul de femei din întreaga lume care folosesc droguri anticoncepţionale pe bază de hormoni, ceea ce este un fenomen îngrijorător. Din fericire, în ţara noastră aceste anticoncepţionale nu sînt folosite pe o scară atît de largă încît nu mai insistăm asupra riscurilor mari pe care le produc nu numai în ceea ce priveşte cancerul corpului uterin, dar şi în cel al colului uterin.

Ne rezumăm numai a informa că în unele ţări din America şi Europa, unde aceste substanţe se folosesc excesiv, ele sînt incriminate ca o cauză frecventă a acestor boli.

Prin grija statului nostru de dezvoltare materială şi socială a ţării, se creează condiţii corespunzătoare familiei, creşterii copiilor, astfel încît la noi nu se pune problema de *planning familial*, adică de planificare a numărului copiilor unei familii, de cele mai multe ori la unul sau doi, ceea ce a justificat răspîndirea în alte ţări a folosirii pilulelor anticoncepţionale.

Din grija deosebită față de sănătatea femeilor, la noi în țară anticoncepționalele orale se prescriu cu o deosebită scrupulozitate și pe scară foarte redusă, numai la femeile care se încadrează în prevederile avortului legal cu indicații sociale sau medicale (anumite boli psihice, imunologice, genetice și alte boli grave). Și la acestea, anticoncepționalele se permit numai după investigații medicale complexe prin care se apreciază corect dacă nu există o contraindicație a administrării lor. Spre exemplu, o contraindicație este prezența unei *displazii cervicale care sub influența contraceptivelor se poate agrava foarte mult.*

În concluzie, la sfîrșitul acestui capitol ținem să subliniem că sub orice formă ar fi administrați hormoni sexuali și în orice scop (chiar cel terapeutic) trebuie luată în seamă acțiunea lor de proliferare celulară la nivelul mucoasei uterului, proliferare care în funcție de predispoziția genetică și vîrsta femeii, de doza și timpul lor de acțiune, poate evolua spre stări precanceroase și, cu timpul, în condiții favorabile, spre un cancer. Reamintim dorința ca toate cele spuse să nu vă ducă la o cancerofobie față de tratamentele hormonale prescrise de medic (care le face întotdeauna științific și cu măsuri pentru eliminarea unor astfel de riscuri), ci să vă creeze un spirit de răspundere, respectiv să *refuzați orice folosire de preparate hormonale indicate de nespecialiști, iar în cazul tratamentelor medicale să respectați cu strictețe prescripțiile medicului.* Din cele de mai sus devine evidentă necesitatea prezentării la controalele periodice pentru urmărirea efectului tratamentului și individualizarea lui în continuare.

Un alt factor din mediul extern *corelat* cu cancerul de endometru *este alimentația,* în sensul că un regim

alimentar bogat în calorii duce la *supraponderalitate și obezitate, factori care cresc riscul apariției acestui cancer.* Față de femeile cu greutate corporală normală *la cele moderat supraponderale riscul cancerului de endometru poate fi de 3 ori* mai mare, iar *la obeze* (cînd greutatea corpului depășește cu 15—20% pe cea normală) *riscul poate să ajungă chiar de 10 ori mai mare.* Boala survine și mai frecvent la femeile care, pe lîngă obezitate, suferă concomitent de *diabet zaharat* și *hipertensiune arterială.*

Modul cum acționează obezitatea în cancerul de endometru este legat de o hiperfoliculinemie, care are la bază două mecanisme. Convertirea fiziologică a hormonilor androgeni (care sînt produși și în organismul femeii de ovar și mai ales de suprarenală) în hormonul specific femeii, care este foliculina, seproduce și la nivelul țesutului de grăsime subtegumentar. Or, cu cît acest țesut este mai bogat, cu atît foliculina astfel formată apare în cantitate mai mare. Uneori la persoanele obeze și secreția de androgeni este mai mare, ca atare materia primă de formare „periferică“ a foliculinei este mai bogată. Acesta este *primul mecanism* de formare a foliculinei la femeile obeze. Se pare chiar că el ar constitui un fel de cerc vicios, deoarece excesul de foliculină format periferic stimulează la rîndul său secreția de foliculină a ovarului. *Al doilea mecanism* se referă la faptul că obezitatea duce — pe baza unei dereglări neuroendocrine complexe — ilustrată în figura 17 la apariția ciclurilor anovulatorii, cu o hiperfoliculinemie relativă. Este interesant că aceste cicluri anovulatorii, care dau sterilitate, pot fi corectate prin tratarea obezității, de multe ori foarte simplu, prin regim de slăbire.

Revenind însă la subiectul nostru — cancerul de endometru — relevăm ideea că *profilaxia și tratarea*

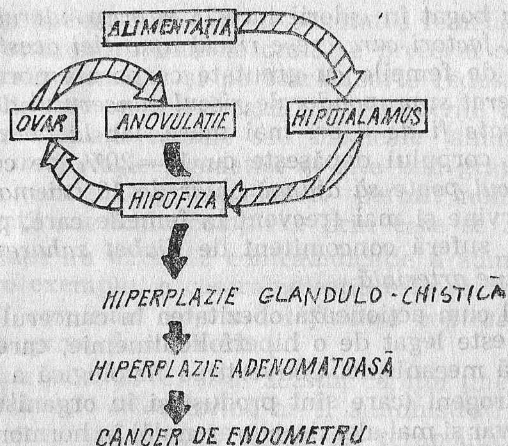


Fig. 18. — Calea ajungerii de la dezechilibrele alimentare la cancerul de endometru.

obezității se soldează cu o *reglare endocrină* care diminuează și riscul bolii.

În prezent, obezitatea nu este nici pe departe un fenomen rar, în țara noastră — conform cercetărilor prof. dr. Iulian Mincu, de la „Centrul Național de Nutriție" — ridicîndu-se la 30% din femeile din mediul urban și 10—20% la cele din mediul rural. Aceasta atrage atenția asupra luării cît mai grabnice a măsurilor necesare, cu atît mai mult, cu cît obezitatea este un dușman al sănătății pe fronturi mult mai largi (boli cardiovasculare, diabet, artroze, nevroze), inclusiv pe cel al favorizării cancerului.

În legătură cu factorii alimentari, între cauzele cancerului cu punct de plecare la nivelul mucoasei uterului (inclusiv a colului uterin) după părerea unor specia-

liști se înscrie ca adjuvant *cantitatea insuficientă sau absența vitaminei A din alimentație.*

O mare parte din populație neglijează aportul acestei vitamine, care de fapt se realizează prin alimentație echilibrată în alimente ca : ou, ficat, ardei, andive, fasole verde, morcovi, salată verde, sfeclă roșie, spanac, tomate, fructe etc.

Bineînțeles aportul acestei vitamine trebuie să fie normal (4 500—5 000 unități internaționale/zi) și nu excesiv, căci aceasta ar duce la alte tulburări de sănătate. Creșterea aportului de vitamină A prin produs farmaceutic se face numai la indicația medicului.

În concluzie, factorii cancerigeni ai uterului din mediu sînt numeroși dar cei mai de seamă se înglobează în dezechilibrele alimentare. În plus, trebuie să enumerăm între ei și *traumatismul produs de efectuarea incorectă a unor chiuretaje* de către persoane lipsite de pregătire. Ei pot fi însă evitați, controlați și corectați prin colaborarea dintre femeie și medic.

Depistarea cancerului corpului uterin

Cancerul corpului uterin, ca și cel al colului, trebuie depistat în fază cît mai precoce pentru a avea șansa cît mai mare de vindecare. Ideală este depistarea în faza 0, incipientă (cancer *in situ*) sau cel mai tîrziu în stadiul I, cînd tumoarea este localizată la endometru sau cel mult la miometru (mușchiul uterului). Femeile cu cancer de endometru tratate în acest stadiu (chirurgical, cu radiații ionizante, hormoni) au o mare șansă de supraviețuire. Șansa de supraviețuire se reduce substanțial (la 5 ani și chiar mai puțin) proporțional cu

avansarea bolii. Cînd cancerul a invadat zonele învecinate (colul, ovarele, trompele, vaginul, intestinul) sau a produs metastaze la distanță (fig. 19), de multe ori depistarea este prea tîrzie.

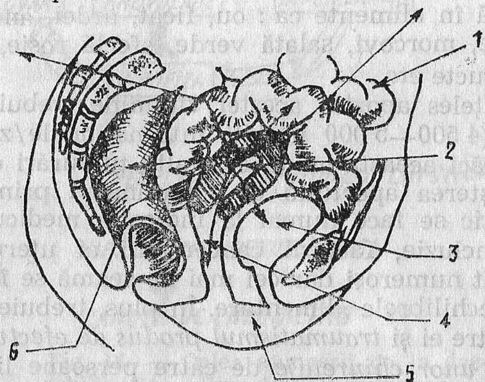


Fig. 19. — Zonele învecinate în care un cancer uterin poate da metastaze :
1 — **intestin** ; 2 — **cavitate uterină** ; 3 — **vezică urinară** ; 4 — **vagin** ; 5 — **vulvă** ; 6 — **rect.**

Depistarea precoce este însă posibilă. Aceasta presupune în primul rînd *prezentarea femeilor* — în special a celor *la vîrste de risc* (postmenopauză) *sau care au fost supuse factorilor de risc al bolii* (a se vedea capitolul anterior, cu referire la cauze) — *la controale genitale periodice.*

Mai subliniem aici că, deși fibromul uterin sau polipii endometriali nu au fost incluși între stările precanceroase ale cancerului de endometru, deoarece degenerează malign foarte rar, de la anumită vîrstă, și anume tot cea a climacteriului este bine ca și femeile cu aceste afecțiuni să se prezinte la controale periodice.

Medicul are o gamă largă de posibilități în depistarea bolii. *Însuși examenul citologic*, pe care vi l-am prezentat la depistarea cancerului colului, poate fi eficient dacă se efectuează pe secreția aspirată din uter. În cazul unei suspiciuni mai indicată este însă *biopsia de endometru* (recoltarea unor mici fragmente din mucoasa uterului, pentru a fi analizate la microscop) în scopul surprinderii unor eventuale modificări față de normal. Supunerea la un asemenea examen nu trebuie să fie un motiv de teamă. Biopsia este o metodă de examinare curentă, care nu are de ce să fie asociată cu apariția deja a bolii, chiar în cazul modificărilor față de normal, întrucît acestea nu înseamnă neapărat evoluția spre cancer. Cu atît mai mult este necesară repetarea ei la anumite intervale, pe care le stabilește medicul, pentru a surprinde evoluția acestor modificări și a interveni în timp util cu tratamente adecvate.

Din cele expuse mai sus trebuie înțeles că prezentarea femeii, expuse la anumiți factori de risc pentru cancerul de endometru, la controale genitale este bine să se facă înainte de apariția oricărui simptom. Subliniem că, în orice caz *la apariția unor semne de boală cum sînt hemoragia, leucoreea, colicile uterine, prezentarea la medic trebuie să fie neîntîrziată.*

Simtomul esențial al cancerului de uter este **hemoragia** continuă sau intermitentă. De obicei fiind vorba de o femeie care a intrat deja la menopauză, hemoragia survine după o perioadă de absență a ciclurilor de cel puțin un an. Uneori hemoragiile își păstrează un oarecare ritm, dar între ele persistă o *secreție roză,* care pătează lenjeria. Pentru cancerele care apar mai devreme, în perioada premenopauzei, hemoragiile anormale pot să coexiste cu cele provocate de schimbările hormonale din această perioadă. Totuși prezentarea la medic

este necesară, întrucît acesta are posibilitatea să le diferențieze.

În concluzie, la orice sîngerare anormală — continuă sau intermitentă — bogată sau slabă — trebuie consultat medicul de specialitate.

Ținem să accentuăm că *nu toate hemoragiile, nici chiar cele survenite după menopauză, sînt date de cancerul uterin, dar pentru a preciza diagnosticul consultarea medicului specialist este obligatorie de la prima manifestare de acest gen.*

Chiar dacă această boală apare la o femeie în vîrstă, prin depistare la timp și tratament într-un serviciu de specialitate se poate prelungi cu mulți ani durata de viață a femeii. Cu atît mai serios se pune problema depistării bolii la femeile mai tinere, ținînd cont — așa cum s-a arătat — de posibilitățile evoluției bolii.

După ce toate acestea au fost precizate, credem că nu mai este nevoie să amintim că neoplasmul de uter ca și celelalte cancere nu sînt o „fatalitate", ci depinde de modul în care dumneavoastră contribuiți la apărarea sănătății personale.

Cuvînt de încheiere

Lucrarea de față a fost scrisă în dorința de a ajuta semenele să învingă unul din dușmanii cei mai temuți ai sănătății și vieții femeii : cancerul uterin (col și corp).

Aproximativ un sfert din totalul cancerelor apărute la femei au această localizare. Boala produce anual în țara noastră peste 2 000 decese, deși este unul din cancerele care, depistate timpuriu, poate fi vindecat într-o proporție impresionant de mare, ce atinge aproape 100% din total. Mai mult, apariția sa se poate evita prin tratarea unor stări precanceroase locale și corectarea sau excluderea unor factori ce o favorizează, așa-ziși factori de risc.

Pentru a se reuși ca boala să fie tratată în stadiul în care se poate vindeca, sau și mai bine, preveni, este necesară participarea conștientă și activă a fiecărei femei. Respectiv, trebuie să se dea silința pentru însușirea unui minimum necesar de cunoștințe cu privire la natura factorilor și condițiilor care favorizează producerea bolii, a modului cum apare și evoluează. De asemenea, este necesar să se capete încredere în procedeele de depistare precoce a bolii și să se înțeleagă obligativitatea participării personale la depistarea sa.

În capitolele lucrării de față au fost urmărite toate aceste aspecte și am convingerea că scopul a fost atins. În esență, aceasta este cooptarea și contribuția Dvs. la lupta pentru apărarea propriei sănătăți, pentru învingerea unei boli, care neglijată evoluează insidios, în liniște, spre faze în care șansa de vindecare scade aproape total, oricît ar fi de bun medicul și de bine dotat serviciul de tratament.

Este de-a dreptul condamnabil să se ajungă la aceste situații, cînd stă la îndemîna fiecărei femei să se apere. Rețineți că pentru aceasta armele sînt numai cunoștințele noastre și aplicarea lor la timp. Iată de ce m-am străduit să scriu această lucrare, despre care spun deschis că o consider foarte importantă pentru dumneavoastră și sper că ați citit-o cu atenție, acordînd toată încrederea celor înfățișate în ea, deoarece reprezintă date de observație și experiență medicală îndelungată, verificate în practică. Cu privire la acest aspect amintesc aici doar faptul că în țările în care femeile se pre-

zintă cu regularitate la controalele periodice de depistare a bolii, fatalitatea * sa a scăzut considerabil.

Așa cum s-a arătat în lucrare începînd cu mai bine de un deceniu în urmă, și în țara noastră serviciile de depistare a cancerului uterin, și în special al celui de col, în stadiul în care poate fi tratat cu succes deplin, sînt larg răspîndite. Din păcate, multe femei le ocolesc și nu vin la controale periodice cum ar fi normal. Am profunda convingere că în urma parcurgerii celor scrise în lucrarea de față, atitudinea Dvs. se va modifica esențial, deoarece ați înțeles cît de mult primejduiește viața această boală și ce simplu, prin aceste controale, pericolul poate fi adus spre zero.

Am reținut intenționat pentru a fi prezentată în final o informație de bază, optimistă în lupta anticancer : în țara noastră a fost elaborat un vast *Program pe termen lung pentru prevenirea și combaterea cancerului*.

Este un program de măsuri concrete pe baza cărora se vor obține mari progrese în lupta de învingere a maladiei secolului, termen cu care a fost înfierată boala canceroasă. Subliniem că în acest program pe primul plan se situează măsurile de profilaxie și depistare a cancerului, metode valabile pentru toate formele de cancer cu toate localizările, inclusiv cum am arătat și pentru cel uterin. Pentru a obține succese depline în această luptă, la grija și cheltuielile statului, la eforturile cadrelor de specialitate trebuie să adăugăm și efortul fiecăruia dintre noi.

Înainte de a încheia ultimele rînduri în care am dori să subliniem importanța practică a lucrării de față țin

---

* Fatalitatea ca termen de specialitate : proporția deceselor din cauza unei boli din numărul celor atinși de boala respectivă.

să aduc mulțumiri pline de respect celor care m-au încurajat și ajutat s-o elaborez.

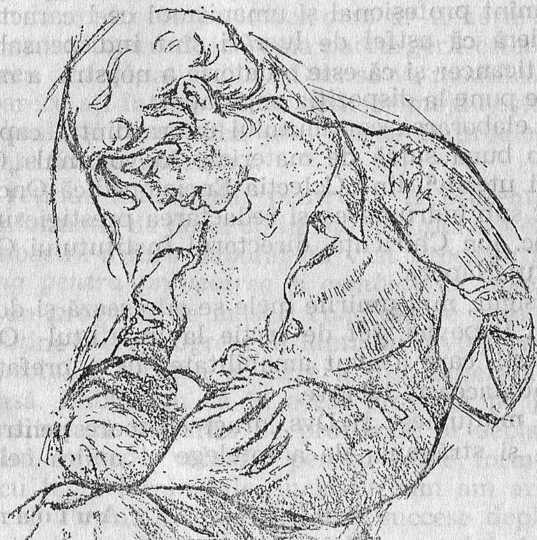
Am fost încurajată să prezint cu caracter educativ, mobilizator, această lucrare, de către prof. dr. doc. Alexandru Trestioreanu, Directorul Institutului Oncologic București, președintele Comisiei naționale de specialiști pentru cancer, care, cu înaltă competență, discernămînt profesional și umanismul ce-l caracterizează, consideră că astfel de lucrări sînt indispensabile luptei anticancer și că este o datorie a noastră, a medicilor, de a le pune la dispoziția populației.

În elaborarea conținutului unora dintre capitole am avut o bună sursă de materiale în volumul „Cancerul colului uterin" din „Colecția Enciclopedică Oncologică" apărut sub îndrumarea și redactarea prestigiosului prof. dr. doc. Ion Chiricuță, directorul Institutului Oncologic din Cluj-Napoca.

Desigur, mulțumirile mele se adresează și doctorului Ovidiu Popovici, șef de secție la Institutul Oncologic București, care a avut amabilitatea de a prefața și recomanda această lucrare.

Vă mulțumesc și Dvs. dragi cititoare pentru bunăvoința și strădania de a înțelege și aplica cele citite.

Autoarea



Bibliografie selectivă

1. **Autunes C. M., Solley P. D., Rosenhein N. B.** — Endometrial cancer and estrogen use : report of a large case-control study. New Engl. J. Med., 1979, 300, 1/9—13.
2. **Beral V.** — Cancer of the cervix : a sexually transmitted infection ? Lancet, 1974, May 25, 1 037.
3. **Chiricuţă I.** (sub. red.) — Cancerul colului uterin, Documentare, îndrumare, metodologie, Cluj-Napoca, 1978.
4. **Collette H. J. A., Linthorst G., De Waard F.** — Cervical carcinoma and the pill, Lancet, 1978, i 441-442.
5. **Christopherson W. M., Parker J. E.** — Relation of cervical cancer to early marriage and childbearing, New Engl. J. Med. 1965, 273, 325.
6. **De Graaff J., Stoltel A. M., Jansens J.** — Marriage and childbearing in relation to the occurrence of endometrial cancer, Europ. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol., 1977, 7, 313.
7. **Edman C. D., Macdonald P. C.** — The role of extraglandular estrogen in women, in health and disease In : The endocrine function of the ovary, Acad. Press, London, 1976, 135.
8. **Eichner E., Sebastian J. A.** — Early coital activity and cervical cancer, Amer. J. Obstet. Gynec., 1979, 133, 840.
9. **Felman Y. M., Nikitas J. A.** — Genital herpes virus infections, N. Y. St. J. Med., 1979, July, 1 217.
10. **Gambrell R. D. Jr.** — The role of hormones in endometrial cancer, Sth. Med. Ass. J., 1978, 71, 10/1 280—87.
11. **Greenwald P.** — Endometrial cancer after menopausal use of estrogens. Obstet. and Gynec., 1977. 50, 2/239—243.

12. **Leck I., Sibary K., Wakefield J.** — Incidence of cervical cancer by marital status, J. Epid. Comm. Hlth., 1978, **32,** 108.

13. **Livingston A. G.** — The promiscuity pill principle (P—P — P), Acta Cytol. Philad., d., 1976, **20,** 4.

14. **Macdonald P.C., Edman C. D., Hemsell D. L., Portell J. C., Siteri P. K.** — Effect of obesity on conversion of plasma androstendione to estrone in menopausal women with and without endometrial cancer, Amer. J. Obstet. Gynec., 1978, **130,** 448—455.

15. **Martin E. M.** — Marital and coital factors in cervical cancer, Amer. J. publ. Hlth., 1967, **57,** 803.

16. **Meisels A., Begih R., Schneider V.** — Displasias of the uterine cervix. Epidemiological aspects. Role of age at first coitus and use of oral contraceptives, Cancer (Philad.), 1977, **40,** 3 076.

17. **Munteanu S.** — Cancerul colului uterin. Cap. Epidemiologia și etiologia cancerului colului uterin, Ed. Inst. Oncol. Cluj-Napoca, 1976, 11—25.

18. **Peritz E., Ramcharam S., Frank J., Brown W. L., Huang S.. Ray R.** — The incidence of cervical cancer and duration of oral contraceptive use, Amer. J. Epidem., 1977, **106,** 462—469.

19. **Petit J. C., Klein Th., Herdly J.** — Les facteurs nutritionales et hormonaux dans l'étiologie du cancer de l'endomètre, Bull. Ass. franç. du Cancer, 1973, 60, 71—83.

20. **Raich A.** — The role of viral infection in genital cancers, Cancer Cytol., 1967, **8,** 28.

21. **Rotkin I. D.** — Adolescent coitus and cervical cancer. Associations of related events with increased risk, Cancer Res., 1973, **33,** 1 313.

22. **Salmi Tuula** — Risk factors in endometrial carcinoma with special reference to the use of estrogens, Ed. Univ. Turku (Finlanda), 1979, 1—119.

23. **Silverberg G. S., Macowski E. L.** — Endometrial carcinoma in young women taking oral contraceptive agents, Obstet. and Gynec., 1975, **46,** 5, 503—506.

24. **Taylor H. B., Irey N. S., Norris H. J.** — Typical endometrial hyperplasia in women taking oral contraceptives, J.A.M.A., 1967, **202,** 637

25. **Trestioreanu A., Coban A., Ursuleanu Nina, Georgescu M.**— Situația concerului în România, Oncologia (Buc.), 1981, **1,** 61—73.

26. **Underwood P. B. Jr., Miller C. M., Kreutner A. Jr., Joyner C.A., Lutz H. M.** — Endometrial carcinoma: the effect of estrogens, Gynec. Oncol., 1979, **8,** 60—73.

27. **Weiss N. S., Szekely D. R., English D. R., Schweid A. I.** — Endometrial cancer in relation to patterns of menopausal estrogen use, J. Amer. med. Ass., 1979, **242,** 3, 261—264.

28. **Ziel H. K., Finkle W. D.** — Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens, New Engl. J. Med., 1975, **293,** 1 167, 1 170.

Redactor de carte : Marin Mihălăchioaie
Tehnoredactor : Elena Afilipoaie
Coperta de : Adrian Constantinescu

Bun de tipar : 1983
Formatul : 32/70 x 100
Hîrtie : Scris tip I 70 x 100/44
Coli de tipar : 2

Tiparul executat sub cd. 238 la I. P. Iași



Lei 3

EDITURA MEDICALĂ